**附件2：**

汉源县2016年民族地区阳光天使计划引进卫生专业技术人才

报名资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   |  照片 |
| 出生地 |   | 民族 |   | 政治面貌 |   |
| 学历 |   | 专业 |   | 毕业时间 |   |
| 身高（CM） |   | 体重（KG） |   | 健康状况 |   |
| 婚否 |   | 身份证 号码 |   |
| 户口所在地 | 省（市、自治区）       市（州）     县 |
| 家庭详细地址 |   | 联系电话 |   |
| 通讯地址 |   | 邮政编码 |   |
| 专业技术资格及取得时间 |   |
| 个人简历 |     |
| 所受奖惩情况 |   |
| 有何特长 |   |
| 是否愿意接受调配 |  |
| 家庭主要 成员 | 姓名 | 关系 | 工作单位及职务 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| 报考岗位及职位编码 |   | 资格审查意见：    签名：        　　　　　　　 年   月   日 |
| 请报考者如实填写以上信息后，签字认可： |